



PRÉVENTION DU BURN-OUT - FORMULAIRE DE DÉPISTAGE¹

1. COORDONNÉES DU TRAVAILLEUR

1.1 NISS*: (voir verso de la carte d'identité)

1.2 Mutuelle: (collez une vignette)

1.3 Rôle linguistique*: F N A

1.4 Nom*: _____

1.5 Prénom*: _____

1.6 Date de naissance*:

1.7 Tél/GSM*: _____ 1.8 E-mail de contact¹*: _____

1.9 Compte en banque*: BE (pour le remboursement des frais de déplacement éventuels)

2. COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Nom et prénom*: _____

Adresse*: _____

Tel/GSM*: _____

3. COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR

Nom*: _____

Adresse*: _____

Secteur*:

Bancaire hors assurance et caisse de retraite (section K64 NACE 2008) Activités hospitalières (section Q86.1 NACE 2008)

Activités des médecins généralistes (section Q86.210 NACE 2008) Activités des médecins spécialistes (section Q86.220 NACE 2008)

Activités de transport par ambulance (section Q86.903 NACE 2008) Activités de réhabilitation ambulatoire (section Q86.905 NACE 2008)

Activités des praticiens de l'art infirmier (section Q86.906 NACE 2008) Activités de soins infirmiers /résidentiels (section Q87.1 NACE 2008)

Activités de soins résidentiels pour personnes âgées ou avec un handicap moteur (section Q87.3 NACE 2008)

Activités de soins résidentiels pour personnes avec un handicap mental, un problème psychiatrique ou toxicodépendantes (section Q87.2 NACE 2008)

Donnez la fonction et une description de l'activité professionnelle* (pas «employé» ou «ouvrier»):

4. COORDONNÉES DU SERVICE DE PRÉVENTION

4.1 Nom du service de prévention et de protection au travail*:

ATTENTIA prévention & protection asbl PREMED asbl

CESI asbl LIANTIS asbl

CLB EDPB asbl SECUREX asbl

CORPORATE PREVENTION SERVICES (CPS) SPMT-ARISTA asbl

IDEWE asbl AUTRE : _____

MEDIWET asbl INTERNE: _____

MENSURA asbl

4.2 Siège régional du service de prévention et de protection au travail*: _____

4.3 Conseiller en prévention médecin du travail:

Nom et prénom: _____

Tel/GSM: _____ E-mail: _____

4.4 Conseiller en prévention aspects psychosociaux:

Nom et prénom: _____

Tel/GSM: _____ E-mail: _____

¹ Accessible en cas d'incapacité de travail.

5. MOTIF DE LA CONSULTATION

6. SITUATION PROFESSIONNELLE DU DEMANDEUR

6.1 Le demandeur est-il actuellement en arrêt de travail pour les plaintes évoquées*? Oui Non

Si oui, date de début*: date de fin présumée:

6.2 Ces 12 derniers mois, votre travailleur a-t-il été en arrêt de travail pour les mêmes raisons? Oui Non

Nombre d'arrêt de travail: _____ Nombre total de jours d'arrêt: _____

6.3 Le demandeur a-t-il déjà commencé un trajet de réintégration professionnelle*? Oui Non

6.4 Le lien avec le travail:

Les plaintes portent principalement sur *: le travail des éléments extérieurs au travail

Quels sont les facteurs liés au travail abordés en consultation: *(une ou plusieurs réponse(s))*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Charge de travail | <input type="checkbox"/> Conciliation vie privée/professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Contacts avec le client/patient/... | <input type="checkbox"/> Changements organisationnels |
| <input type="checkbox"/> Environnement physique (bruit,...) | <input type="checkbox"/> Incertitude liée à l'emploi |
| <input type="checkbox"/> Harcèlement et violence | <input type="checkbox"/> Conflit au travail |
| <input type="checkbox"/> Pression temporelle | <input type="checkbox"/> Perte de sens du travail |
| <input type="checkbox"/> Charge physique | <input type="checkbox"/> Manque de travail |
| <input type="checkbox"/> Autres: _____ | |

Ressources dont manque le travailleur au travail: *(une ou plusieurs réponse(s))*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soutien de la hiérarchie | <input type="checkbox"/> Variété dans les compétences et les tâches à effectuer |
| <input type="checkbox"/> Soutien des collègues | <input type="checkbox"/> Définition des tâches |
| <input type="checkbox"/> Retour sur le travail effectué (feedback) | <input type="checkbox"/> Formation continue |
| <input type="checkbox"/> Reconnaissance | <input type="checkbox"/> Equipement/matériel adéquat |
| <input type="checkbox"/> Autonomie | <input type="checkbox"/> Participation aux décisions |
| <input type="checkbox"/> Possibilité d'épanouissement au travail | <input type="checkbox"/> Sécurité liée à l'emploi |
| <input type="checkbox"/> Autres: _____ | |

<p>*SIGNATURE DU TRAVAILLEUR</p> <p>Le soussigné autorise l'échange de données médicales le concernant entre les personnels de la santé impliqués (médecin du travail, intervenant burn-out, Conseiller en prévention aspects psychosociaux, Médecin Conseil de la mutuelle, psychologue de Fedris et médecin traitant) pour le traitement de cette demande de dépistage du burn-out.</p> <p>Il autorise également les échanges de données relatives à cette demande avec sa mutuelle.</p> <p>Date : _____</p>	<p>*SIGNATURE et CACHET</p> <p>du médecin/conseiller en prévention qui a complété le formulaire</p> <p>Le soussigné s'engage, par sa signature, à vérifier les informations complétées dans ce formulaire</p>		
	<input type="checkbox"/> Médecin traitant Date : _____	<input type="checkbox"/> Conseiller en prévention médecin du travail Date : _____	<input type="checkbox"/> Conseiller en prévention aspects psychosociaux Date : _____

1. Arrêté royal du 07/02/2018 déterminant les conditions d'un projet pilote visant la prévention du burn-out en relation avec le travail, tel que modifié par les arrêtés royaux des 28/12/2020 et 10/01/2022.